

DOI: 10.58490/ctjump.2026i100.4739

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ TÁI PHÁT, DI CĂN CÓ THỤ THỂ NỘI TIẾT DƯƠNG TÍNH

Võ Cao Chiên, Nguyễn Hồng Phong*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: nhphong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10/3/2026

Ngày phản biện: 05/7/2026

Ngày duyệt đăng: 25/7/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư vú là bệnh lý ác tính phổ biến nhất và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Khoảng 70–80% trường hợp dương tính với thụ thể nội tiết và liệu pháp nội tiết vẫn là nền tảng trong điều trị ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca bệnh với 22 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ từ tháng 07/2024 – tháng 01/2026. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $51,86 \pm 10,80$, trong đó đa số dưới 60 tuổi (77,3%). Tiền sử gia đình mắc ung thư vú chiếm 18,2%. Lý do nhập viện thường gặp lần lượt là u vú (40,9%), đau nhức (36,4%) và khó thở (22,7%). Phần lớn bệnh nhân có chỉ số CA 15 – 3 tăng (95,5%). Chỉ số phân bào Ki-67 >15% chiếm 90,9%. Bệnh nhân <60 tuổi có tỷ lệ di căn tạng cao hơn nhóm ≥ 60 tuổi (88,2% so với 20%), mối liên quan có ý nghĩa thống kê (OR = 10,67, KTC 95%: 1,472–77,277; $p = 0,009$). **Kết luận:** Phần lớn bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính có chỉ số CA 15-3 tăng, gợi ý đặc điểm sinh học u hoạt động mạnh và tuổi dưới 60 có thể là liên quan với tình trạng di căn tạng.

Từ khóa: Ung thư vú, thụ thể nội tiết, di căn.

ABSTRACT

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH RECURRENT OR METASTATIC HORMONE RECEPTOR-POSITIVE BREAST CANCER

Vo Cao Chien, Nguyen Hong Phong*

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Breast cancer is the most common malignancy and one of the leading causes of cancer-related mortality among women worldwide. Approximately 70–80% of cases are hormone receptor-positive, and endocrine therapy remains the cornerstone of treatment for recurrent and metastatic hormone receptor-positive breast cancer. **Objectives:** To describe the clinical and paraclinical features and identify selected associated factors in patients with recurrent and metastatic hormone receptor-positive breast cancer. **Materials and methods:** A case series of 22 patients diagnosed with recurrent and metastatic hormone receptor-positive breast cancer at Can Tho Oncology Hospital from July 2024 to January 2026. **Results:** The mean age was 51.86 ± 10.80 years, with the majority of patients aged <60 years (77.3%). A family history of breast cancer was reported in 18.2% of patients. The most common reasons for admission were breast mass (40.9%), pain (36.4%), and dyspnea (22.7%). Most patients had elevated CA 15 – 3 levels (95.5%). The Ki-67 index >15% was observed in 90.9% of cases. Patients aged < 60 years had a higher rate of visceral metastasis than

those aged ≥ 60 years (88.2% vs. 20.0%), with a statistically significant association (OR = 10.67, 95% CI: 1.472–77.277; $p = 0.009$). **Conclusions:** Most patients with recurrent and metastatic hormone receptor–positive breast cancer had elevated CA 15 – 3 levels, suggesting high tumor biological activity, and age under 60 years may be associated with an increased risk of visceral metastasis.

Keywords: Breast cancer, hormone receptor, metastatic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh lý ác tính phổ biến nhất và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Theo GLOBOCAN 2022, trên toàn thế giới có gần 2,3 triệu trường hợp mắc mới, chiếm 23,8% trong tổng số tất cả các loại ung thư ở nữ giới [1]. Trong số bệnh nhân ung thư vú, khoảng 70–80% trường hợp dương tính với thụ thể nội tiết. Mặc dù phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn sớm và điều trị đa mô thức, vẫn có khoảng 40% trường hợp tiến triển tái phát hoặc di căn xa sau điều trị ban đầu [2]. Khi bệnh đã tái phát, di căn, mục tiêu điều trị chuyển sang kiểm soát bệnh lâu dài, cải thiện thời gian sống còn và duy trì chất lượng cuộc sống; mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong liệu pháp nội tiết, tuy nhiên tình trạng kháng nội tiết nguyên phát hoặc thứ phát vẫn là thách thức lớn [3]. Theo phân tích gộp của Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group công bố trên The New England Journal of Medicine (2017), nguy cơ tái phát ở nhóm ung thư vú thụ thể nội tiết dương tính có thể kéo dài liên tục trong ít nhất 20 năm sau chẩn đoán ban đầu [4]. Ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính là một bệnh cảnh không đồng nhất, chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như tuổi, tiền sử gia đình mắc ung thư vú và đặc điểm mô bệnh học ban đầu, vị trí di căn, tình trạng kháng nội tiết cũng như các phương pháp điều trị trước đó [5]. Vì vậy, việc nhận diện các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như các yếu tố liên quan ở nhóm bệnh nhân này có ý nghĩa quan trọng trong lựa chọn và tối ưu hóa điều trị. Bên cạnh đó, dữ liệu về đặc điểm ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính tại khu vực Đồng bằng sông Cửu Long còn hạn chế. Xuất phát từ thực tế trên, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư vú tái phát, di căn điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu thành phố Cần Thơ từ tháng 07/2024 – tháng 01/2026.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến vú và kết quả hóa mô miễn dịch thụ thể nội tiết (ER – thụ thể estrogen) dương tính. Chỉ số toàn trạng ECOG 0 – 3. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có chống chỉ định với thuốc nội tiết. Bệnh nhân mắc ung thư khác hoặc bệnh lý toàn thân nặng ảnh hưởng đến toàn trạng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca bệnh.

- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu tuyển chọn được 22 đối tượng phù hợp.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: tuổi, tình trạng kinh nguyệt (đánh giá mãn kinh theo tiêu chuẩn của NCCN), tiền sử gia đình mắc ung thư vú, đặc điểm điều trị trước đây.

+ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Lý do nhập viện, số vị trí di căn (dựa trên tiêu chuẩn RECIST 1.1), tình trạng di căn tạng, chỉ số toàn trạng ECOG, CA15 – 3 ban đầu, một số đặc điểm giải phẫu bệnh.

+ Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng di căn tạng.

- Phương pháp xử lý số liệu: Phần mềm thống kê y học SPSS 27.0.

- Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua theo phiếu chấp thuận số 24.085.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 28/6/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu**

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 60	17	77,3
	≥ 60	5	22,7
Tiền sử gia đình mắc ung thư vú	Không	18	81,8
	Có	4	18,2
Tình trạng kinh nguyệt	Còn kinh	17	77,3
	Mãn kinh	5	22,7
Tổng		22	100,0

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $51,86 \pm 10,80$ tuổi, trong đó tuổi nhỏ nhất ghi nhận là 29 tuổi và tuổi lớn nhất là 72 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là < 60 chiếm 77,3%, nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ 22,7%. Tiền sử gia đình có người thân mắc ung thư vú chiếm 18,2%. Phần lớn đối tượng nghiên cứu vẫn còn kinh chiếm 77,3%, trong khi đó nhóm mãn kinh chỉ có 22,7%.

Bảng 2. Đặc điểm điều trị trước đây

Đặc điểm điều trị trước đây		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật	Có	12	54,5
	Không	10	45,5
Hóa trị	Có	16	72,7
	Không	6	27,3
Xạ trị	Có	8	36,4
	Không	14	63,6
Nội tiết	Có	12	54,5
	Không	10	45,5
Tổng		22	100,0

Nhận xét: Trong số 22 đối tượng nghiên cứu, hóa trị là phương pháp điều trị trước đây thường gặp nhất với 16 trường hợp (chiếm 72,8%). Phẫu thuật và điều trị nội tiết có tỷ lệ tương đương nhau với nhóm đã được điều trị chiếm 54,5% và nhóm chưa điều trị chiếm 45,5%. Xạ trị là phương pháp ít được sử dụng nhất, với 8 trường hợp đã từng xạ trị (chiếm 36,4%), trong khi đó nhóm chưa từng xạ trị có 14 trường hợp (chiếm 63,6%). Kết quả cho

thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu đã được điều trị bằng hóa trị trước khi tham gia nghiên cứu, trong khi tỷ lệ sử dụng xạ trị thấp hơn so với các phương pháp điều trị khác.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Chỉ số toàn trạng ECOG	1	13	59,1
	2	9	40,9
Lý do nhập viện	U vú	9	40,9
	Đau nhức	8	36,4
	Khó thở	5	22,7
Số vị trí di căn	1	6	27,3
	≥ 2	16	72,7
Tình trạng di căn tạng	Không	6	27,3
	Có	16	72,7
Tổng		22	100,0

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có chỉ số toàn trạng ECOG là 1, chiếm tỷ lệ 59,1% và ECOG là 2 chiếm tỷ lệ 40,9%. Lý do nhập viện thường gặp là u vú, chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,9%, tiếp theo là đau nhức với 36,4%, khó thở chiếm tỷ lệ thấp nhất với 22,7%. Đa số bệnh nhân có nhiều vị trí di căn chiếm tỷ lệ 72,7%, trong khi số bệnh nhân có 1 vị trí di căn chỉ chiếm 27,3%. Đa số bệnh nhân có di căn tạng chiếm 72,7%, còn lại 27,3% bệnh nhân không có di căn tạng.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
CA15 – 3 ban đầu	Không tăng (≤ 28 ng/ml)	1	4,5
	Tăng (> 28 ng/ml)	21	95,5
Thể mô bệnh học	Ổng xâm nhập	22	100,0
	Tiểu thùy xâm nhập	0	0,0
Độ mô học	Độ II	20	90,9
	Độ III	2	9,1
Tình trạng PR (PR – thụ thể progesterone)	PR+	15	68,2
	PR-	7	31,8
Chỉ số phân bào Ki-67	$\leq 15\%$	2	9,1
	16-30%	13	59,1
	$> 30\%$	7	31,8
Phân nhóm sinh học	Lòng ống A	8	36,4
	Lòng ống B	14	63,6
Tổng		22	100,0

Nhận xét: Về chỉ số CA15-3 ban đầu, hầu hết bệnh nhân tăng cao trên mức bình thường chiếm 95,5%. Về thể mô bệnh học, tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều là thể ống xâm nhập (100%). Về độ mô học, đa số là độ II với 90,9%, chỉ có 9,1% bệnh nhân có độ mô học là độ III. Về tình trạng PR, tỷ lệ bệnh nhân có PR dương tính chiếm ưu thế với 68,2%, trong khi PR âm tính chiếm 31,8%. Về chỉ số phân bào Ki-67, nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 16-30% chiếm 59,1%, tiếp theo là nhóm $> 30\%$ chiếm 31,8% và nhóm $\leq 15\%$ chiếm tỷ lệ thấp nhất với 9,1%. Đa số thuộc phân nhóm sinh học lòng ống B chiếm 63,6%, còn lại 36,4% là nhóm lòng ống A.

3.3. Một số yếu tố liên quan

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng di căn tạng

Đặc điểm		Tình trạng di căn tạng		Tổng	OR (KTC 95%)	p
		Có	Không			
Nhóm tuổi	< 60	15 (88,2%)	2 (11,8%)	17 (77,3%)	10,67 (1,47–77,27)	0,009*
	≥ 60	1 (20,0%)	4 (80,0%)	5 (22,7%)		
Tiền sử gia đình mắc ung thư vú	Có	3 (75,0%)	1 (25,0%)	4 (18,2%)	1,15 (0,09 – 13,87)	0,708
	Không	13 (72,2%)	5 (27,8%)	18 (81,8%)		
Đã phẫu thuật	Có	9 (75,0%)	3 (25,0%)	12 (54,5%)	1,29 (0,19 – 8,43)	0,793
	Không	7 (70,0%)	3 (30,0%)	10 (45,5%)		
Đã hóa trị	Có	12 (75,0%)	4 (25,0%)	16 (72,7%)	1,50 (0,19 – 11,53)	0,696
	Không	4 (66,7%)	2 (33,3%)	6 (27,3%)		
Đã xạ trị	Có	5 (62,5%)	3 (37,5%)	8 (36,4%)	0,46 (0,06 – 3,09)	0,416
	Không	11 (78,6%)	3 (21,4%)	14 (63,6%)		
Đã điều trị nội tiết	Có	9 (75,0%)	3 (25,0%)	12 (54,5%)	1,29 (0,19 – 8,43)	0,793
	Không	7 (70,0%)	3 (30,0%)	10 (45,5%)		
CA 15 – 3 ban đầu	Tăng	15 (71,4%)	6 (28,6%)	21 (95,5%)	–	1,000
	Không tăng	1 (100,0%)	0 (0,0%)	1 (4,5%)		
Tình trạng PR	PR+	10 (66,7%)	5 (33,3%)	15 (68,2%)	0,33 (0,03 – 3,57)	0,616
	PR-	6 (85,7%)	1 (14,3%)	7 (31,8%)		
Phân nhóm sinh học	Luminal A	5 (62,5%)	3 (37,5%)	8 (36,4%)	2,20 (0,32 – 14,97)	0,624
	Luminal B	11 (78,6%)	3 (21,4%)	14 (63,6%)		

*Fisher's Exact Test

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân dưới 60 tuổi có di căn tạng là 88,2% cao hơn so với 20,0% ở nhóm bệnh nhân từ 60 tuổi. Bệnh nhân dưới 60 tuổi có nguy cơ xuất hiện di căn tạng cao gấp khoảng 10,67 lần so với bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc ung thư vú có di căn tạng so với bệnh nhân không có tiền sử này là 75,0% và 72,2%, không có sự chênh lệch rõ rệt. Kết quả phân tích mối liên quan giữa các phương pháp điều trị trước đây và tình trạng di căn tạng cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tương tự, đặc điểm CA 15 – 3 ban đầu, tình trạng PR và phân nhóm sinh học cũng không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng di căn tạng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $51,86 \pm 10,80$ tuổi, tương đồng với Lê Phong và Nguyễn Hồng Phong (2023) là $52,56 \pm 9,9$ tuổi và có thứ tự tỷ lệ phân bố nhóm tuổi tương tự tác giả Phan Thị Đỗ Quyên và cộng sự (2023) [6], [7]. Điều này có thể được giải thích do đặc điểm dịch tễ của ung thư vú nói chung thường gặp ở phụ nữ độ tuổi tiền mãn kinh và mãn kinh, khi có sự thay đổi nội tiết trong cơ thể. Tuy nhiên, khi xem xét cụ thể hơn về tỷ lệ nhóm tuổi ≥ 60 , nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn (22,7%) so với các nghiên cứu khác như của tác giả Nguyễn Thị Hòa (2021) với 66,7% và nghiên cứu của Đồng Chí Kiên (2019) với 46,7% [8], [9]. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Cụ thể, độ tuổi trung bình trong các nghiên cứu được so sánh cao hơn

so với nghiên cứu của chúng tôi và có sự hiện diện của bệnh nhân ở giai đoạn sớm. Ngoài ra, cỡ mẫu khiêm tốn ($n=22$) cũng có thể ảnh hưởng đến tính đại diện của kết quả.

Tỷ lệ tiền sử gia đình mắc ung thư vú trong nghiên cứu của chúng tôi là 18,2%, tương đồng với Hán Thị Bích Hợp (2022) (16,7%) [10], đồng thời nằm trong khoảng 13 – 20% được báo cáo trong nghiên cứu của Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2001) trên hơn 58.000 bệnh nhân cho thấy nguy cơ tăng cao ở những người có mẹ hoặc chị em gái mắc bệnh. Trên thế giới, theo y văn cũng ghi nhận tiền sử gia đình mắc ung thư vú là yếu tố nguy cơ quan trọng [11]. Điều này cũng cố thêm tính đại diện của mẫu nghiên cứu và góp phần khẳng định vai trò của yếu tố gia đình. Tuy nhiên, do cỡ mẫu còn nhỏ ($n=22$), cần có nghiên cứu lớn hơn để đánh giá chính xác mối liên quan này.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Về lâm sàng, ghi nhận 72,7% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có từ hai vị trí di căn trở lên, cao hơn rõ rệt so với Nguyễn Thị Hòa (2021) (23,3%) [8] và Đồng Chí Kiên (2019) (60%) [9]. Điều này có thể do bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn muộn hơn, làm tăng gánh nặng bệnh tật. Tỷ lệ di căn tạng trong nghiên cứu của chúng tôi là 72,7%, cao hơn của tác giả Nguyễn Thị Hòa (29,0%) [8] và thấp hơn với tác giả Đồng Chí Kiên (83,3%) [9]. Theo y văn, số lượng vị trí di căn và tình trạng di căn tạng là yếu tố tiên lượng xấu, liên quan đến thời gian sống thêm ngắn hơn và đáp ứng điều trị kém hơn so với di căn xương hoặc mô mềm đơn thuần [12]. Kết quả này phản ánh gánh nặng bệnh tật nặng nề ở nhóm bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn có thụ thể nội tiết dương tính.

Về cận lâm sàng, chúng tôi ghi nhận 95,5% bệnh nhân có nồng độ CA15-3 tăng cao tại thời điểm chẩn đoán phù hợp với vai trò theo dõi và phát hiện sớm bệnh tái phát theo y văn nhưng tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu khác [8], [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số phân bào Ki-67 chủ yếu tập trung ở mức 16 – 30% (59,1%) và > 30% (31,8%), trong khi nhóm $\leq 15\%$ chiếm tỷ lệ thấp (9,1%). So sánh với nghiên cứu của Lê Phong và Nguyễn Hồng Phong (2023) và Phan Thị Đỗ Quyên (2023) đều ghi nhận nhóm <15% chiếm ưu thế với tỷ lệ lần lượt là 46,4% và 39% [6], [7]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nhỏ ($n = 22$) chưa phản ánh đầy đủ tính đa dạng và đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân tái phát di căn và thể mô bệnh học chủ yếu là luminal B chiếm 63,6%, trong khi nghiên cứu của tác giả trên bao gồm quần thể rộng hơn và có thể ở giai đoạn sớm.

Nhìn chung, các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trên góp phần củng cố nhận định rằng ung thư vú giai đoạn tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính thường biểu hiện đặc điểm sinh học mạnh hơn, có thể liên quan đến tiên lượng dè dặt hơn và nhu cầu phối hợp điều trị tích cực hơn.

4.3. Một số yếu tố liên quan

Phân tích thăm dò cho thấy nhóm < 60 tuổi có tỷ lệ di căn tạng cao hơn đáng kể so với nhóm ≥ 60 tuổi (88,2% so với 20,0%), với nguy cơ di căn tạng cao gấp 10,67 lần ($OR=10,67$; KTC 95%: 1,472–77,277; $p=0,009$). Phát hiện này phù hợp với y văn thế giới khi nhiều nghiên cứu đã ghi nhận mối liên quan giữa tuổi trẻ và nguy cơ di căn tạng. Nghiên cứu của Lin Hui và cộng sự (2021) cũng chỉ ra rằng tuổi dưới 35 là yếu tố nguy cơ độc lập làm giảm thời gian sống không di căn tạng ($HR=3,337$; $p<0,001$) [13]. Tuy nhiên do cỡ mẫu còn hạn chế ($n = 22$) tại thời điểm phân tích, kết quả mang tính thăm dò và cần được xác nhận trên nghiên cứu có quy mô lớn hơn.

Khi xem xét các yếu tố khác, chúng tôi chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tiền sử gia đình mắc ung thư vú hay phương pháp điều trị trước đó (phẫu thuật, hóa

trị, xạ trị, nội tiết) với tình trạng di căn tạng ($p > 0,05$). Điều này gợi ý rằng yếu tố sinh học khối u và tuổi bệnh nhân có thể đóng vai trò quan trọng hơn trong nguy cơ di căn tạng ở nhóm ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính. Tương tự, đặc điểm CA 15 – 3 ban đầu, tình trạng PR hay phân nhóm sinh học cũng không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng di căn tạng, điều này có thể do đặc điểm của đối tượng nghiên cứu thuộc giai đoạn tái phát di căn, cũng như cỡ mẫu còn hạn chế làm giảm khả năng phát hiện sự khác biệt giữa các nhóm.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính có chỉ số CA 15-3 tăng gợi ý đặc điểm sinh học u hoạt động mạnh và độ tuổi dưới 60 có thể liên quan với tình trạng di căn tạng. Nhìn chung, ung thư vú giai đoạn tái phát di căn có thụ thể nội tiết dương tính có đặc điểm sinh học tiên tri mạnh và gánh nặng bệnh tật cao, đòi hỏi chiến lược điều trị tích cực và cá thể hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F., Laversanne M., Sung H., Ferlay J., Siegel R.L. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024. 1-35, doi: 10.3322/caac.21834
2. Zhao Y., Li Y., Gong C., Xie Y., Zhang J., *et al.* Optimal duration of prior endocrine therapy predicts the efficacy of Fulvestrant in a real-world study for patients with hormone receptor-positive and HER2-negative advanced breast cancer. *Cancer Medicine.* 2020. 9(23). 8821-8831, doi:10.1002/cam4.3495
3. Liu J., Li J., Wang H., Hu Z.Y., Ouyang Q., *et al.* Clinical and genetic risk factors for Fulvestrant treatment in post-menopause ER-positive advanced breast cancer patients. *Journal of Translational Medicine.* 2019. 17(1). 27, doi:10.1186/s12967-019-1776-5
4. Pan H., Gray R., Braybrooke J., Davies C., Taylor C., *et al.* 20-Year Risks of Breast-Cancer Recurrence after Stopping Endocrine Therapy at 5 Years. *The New England Journal of Medicine.* 2017.377(19), 1836-1846, DOI: 10.1056/NEJMoA1701830.
5. Cardoso F., Paluch-Shimon S., và Senkus E. 5th ESO-ESMO international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC 5). *Annals of Oncology.* 2020. 31(12). 1623-1649, doi:10.1016/j.annonc.2020.09.010
6. Lê Phong, Nguyễn Hồng Phong. Nghiên cứu đặc điểm phân nhóm phân tử ung thư biểu mô tuyến vú bằng kỹ thuật hóa mô miễn dịch trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến vú xâm lấn tại bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ năm 2021-2022. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 2023. 61. 350-356
7. Phan Thị Đỗ Quyên, Nguyễn Việt Cường. Đánh giá hiệu quả phác đồ điều trị có fulvestrant ở bệnh nhân ung thư vú tái phát và tiến triển sau điều trị nội tiết. *Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế.* 2023. 91. 97-103
8. Nguyễn Thị Hòa. Kết quả điều trị fulvestrant bước một trên bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn có thụ thể nội tiết dương tính. Trường Đại học Y Hà Nội; 2021. 33.
9. Đồng Chí Kiên. Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ung thư vú di căn đã mãn kinh thất bại với liệu pháp nội tiết ức chế aromatase bằng fulvestrant. Trường Đại học Y Hà Nội; 2019. 52.
10. Hán Thị Bích Hợp, Vũ Ngọc Dương, Nguyễn Thị Ngọc Hà, Trương Thị Kiều Oanh, Nguyễn Duy Khoa, và cộng sự. Kết quả điều trị bước hai ung thư vú tái phát di căn có thụ thể nội tiết dương tính HER âm tính bằng Fulvestrant. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023. 528(1). 8-12, doi:10.51298/vmj.v528i1.5951
11. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209

- women with breast cancer and 101,986 women without the disease. *The Lancet*. 2001. 358(9291). 1389-1399, doi:10.1016/S0140-6736(01)06524-2
12. Largillier R., Ferrero J.M., Doyen J., Barriere J., Namer M., *et al.* Prognostic factors in 1,038 women with metastatic breast cancer. *Annals of Oncology*. 2008. 19(12). 2012-2019, doi:10.1093/annonc/mdn424
 13. Lin H., Wen X.F., và Zhang G.L. Factors associated with visceral metastasis in young women with breast cancer. *The Journal of Practical Medicine*. 2021. 37(21). 2775-2780.
-